

Veuillez envoyer la présente formule à :

Demande d'aiguillage vers un centre d'évaluation désigné et rapport sommaire (FDIO-11)

NUMÉRIQUE	Numéro de certificat
ÉCRIRE ICI	Numéro de copie

Veuillez utiliser cette formule pour les accidents survenus le 1^{er} janvier 1994 ou par la suite. La compagnie d'assurance doit remplir les sections 1 à 4. La demande d'aiguillage ne sera acceptée que si tous les renseignements sont fournis.

Section 1 Information sur le demandeur ou la demanderesse

Nom de famille		Prénom et initiales	
Adresse		Date de l'accident	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Indicatif régional	Numéro de téléphone	Indicatif régional

Section 2 Information sur la compagnie d'assurance

Nom de la compagnie d'assurance		Titre	
Nom du/de la représentant/s de la compagnie d'assurance		Adresse	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Indicatif régional	Numéro de téléphone	Indicatif régional

Section 3 Centre d'évaluation

Nom		Code postal	
Adresse		Province	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Indicatif régional	Numéro de téléphone	Indicatif régional

S'il y a un CED le plus proche de la résidence de la personne assurée qui soit autorisé à évaluer la déficience et à effectuer le rapport d'évaluation requis?

- Oui Non, parce que le CED le plus proche
- juge qu'il y a conflit d'intérêts
 - n'est pas capable de respecter le délai de 2 semaines
 - est situé à plus de 100 km de la résidence du demandeur (de la demanderesse)

Section 4 Type d'évaluation

- Évaluation demandée afin de déterminer s'il s'agit d'une déficience invalidante (projet de loi 59 seulement)
 - Évaluation demandée relativement à une demande d'indemnité :
 - Remplacement du revenu solitaire
 - personne sans revenu d'emploi (projet de loi 58 seulement)
 - interruption des études (projet de loi 164 seulement)
 - invalidité (projet de loi 194 seulement)
 - Évaluation demandée relativement à une demande d'insertion de soins médicaux et de réadaptation
- Les biens et services en litige comprennent :

Le reste de la formule doit être rempli par le centre d'évaluation désigné. La présente formule ne constitue qu'un résumé du résultat des évaluations. Veuillez joindre une copie des rapports d'évaluation complets qui comprennent les signatures de tous les évaluateurs.

**Section 5
Énoncés
d'évaluation**

Évaluation de l'invalidité

Préciser si la personne assurée continue de souffrir de l'invalidité qui lui donne droit à une indemnité.

Feuilles additionnelles jointes

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Date	année	mois	jour
--	------	-------	------	------

Signature du (de la) professionnel(le) de la santé

Profession : médecin chiropraticien(ne) dentiste optométriste psychologue physiothérapeute

Évaluation des soins médicaux et de réadaptation

Préciser si la demande de fourniture de biens et de services relatifs vient à des soins médicaux et de réadaptation faite en vertu du projet de loi 134 ou émise dans le programme de placement en vertu du projet de loi 66 est raisonnable et nécessaire en vue du traitement ou de la réadaptation du demandeur (de la demanderesse).

Feuilles additionnelles jointes

Recommandation(s) quant à la fourniture de biens et à la prestation de services nécessaires au traitement ou à la réadaptation du demandeur (de la demanderesse).

Feuilles additionnelles jointes

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Date	année	mois	jour
--	------	-------	------	------

Signature du (de la) professionnel(le) de la santé

Profession : médecin chiropraticien(ne) dentiste optométriste psychologue physiothérapeute

Évaluation de la déficience invalidante

Préciser si la blessure subie lors de l'accident d'autoroute est invalidante.

Feuilles additionnelles jointes

Nom du (de la) professionnel(le) de la santé	Date	année	mois	jour
--	------	-------	------	------

Signature du (de la) professionnel(le) de la santé

Profession : médecin chiropraticien(ne) dentiste optométriste psychologue physiothérapeute

Note : Les honoraires pour remplir présent certificat ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de l'Ontario. Les honoraires et le coût de tout matériel nécessaire pour remplir la présente formule doivent être facturés à la compagnie d'assurance.

Critères d'évaluation

L'Annexe sur les indemnités d'accident Régales établit les critères d'évaluation de l'invalidité du demandeur (de la demanderesse). Les critères qui suivent ont pour objet de vous aider à déterminer si l'invalidité du demandeur (de la demanderesse) se poursuit. Veuillez fournir tous les détails de votre évaluation.

POUR LES ACCIDENTS SURVENUS LE 1^{ER} NOVEMBRE 1996 OU PAR LA SUITE.

Indemnités/demandeur (demanderesse)	Critères d'invalidité
Indemnités de remplacement de revenu Employé : occupé un emploi au moment de l'accident. Sans emploi, mais a travaillé pendant 52 semaines précédant l'accident.	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'accomplir les tâches essentielles du poste qu'il (elle) occupait au moment de l'accident? Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'accomplir les tâches essentielles du poste qu'il (elle) a occupé le plus long temps au cours des 52 semaines précédant l'accident?
Emploi futur : a accepté une offre d'emploi existant dans les 60 jours suivant l'accident.	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'accomplir les tâches essentielles du poste qu'il (elle) aura occupé?
Indemnités de soignant	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de fournir les soins qu'il (elle) prodiguait avant l'accident?
Indemnités de perte de revenu d'emploi	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de reprendre toutes ses activités habituelles?

POUR LES ACCIDENTS SURVENUS LE 1^{ER} JANVIER 1994 OU PAR LA SUITE ET AVANT LE 1^{ER} NOVEMBRE 1996.

Indemnités/demandeur (demanderesse)	Critères d'invalidité
Indemnités de remplacement de revenu Employé : occupé un emploi au moment de l'accident ou était en congé de maternité ou parental, en lésion, en grève ou avait été mis à pied. Employé futur : a accepté une offre d'emploi existant dans les douze mois suivant l'accident. Sans emploi, mais a travaillé pendant les 2 dernières années précédant l'accident.	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'accomplir les tâches essentielles du poste qu'il (elle) occupait au moment de l'accident? Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'accomplir les tâches essentielles du poste qu'il (elle) aura occupé? Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'accomplir les tâches essentielles du poste qu'il (elle) a occupé le plus long temps au cours des 5 dernières années précédant l'accident?
Indemnités d'interruption des études : fréquentait une école élémentaire, secondaire ou post-secondaire ou avait terminé ses études moins d'un an avant l'accident, mais n'occupait au moment de l'accident (ou au emploi correspondant à ses études ou à sa formation)	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de poursuivre les études qu'il (elle) avait entreprises au moment de l'accident? ou Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable d'occuper un emploi ou responsabilité à ses études ou à sa formation? ou Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de reprendre toutes ses activités habituelles? (Voir la description ci-dessous.)
Indemnités de soignant	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de fournir les soins qu'il (elle) prodiguait avant l'accident? ou Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de reprendre toutes ses activités habituelles? (Voir la description ci-dessous.)
Indemnités d'invalidité	Le demandeur (la demanderesse) est-il (elle) dans une large mesure incapable de reprendre toutes ses activités habituelles? (Voir la description ci-dessous.)

Activités habituelles

Une personne est partiellement incapable de exercer ses activités habituelles si elle est dans une large mesure dans l'impossibilité d'accomplir l'une ou l'autre des activités énumérées ci-après. Une personne est entièrement incapable de exercer ses activités habituelles si elle est dans une large mesure dans l'impossibilité d'accomplir toutes les activités énumérées ci-après.

- activités de soins personnels que la personne était habituellement capable d'accomplir avant l'accident,
- activités de déplacement que la personne était habituellement capable d'accomplir avant l'accident,
- activités ménagères que la personne était habituellement capable d'accomplir avant l'accident,
- activités faisant appel aux facultés cognitives que la personne était habituellement capable d'accomplir avant l'accident,
- activités faisant appel à la maîtrise des émotions et du comportement que la personne était habituellement capable d'accomplir avant l'accident,
- activités de communication que la personne était habituellement capable d'accomplir avant l'accident.

